

## Prestations ambulatoires : prescription de traitement médicamenteux

La Chaux-de-Fonds

Pourtalès

**envoi par mail :**  
[hopitaldejour.prt@rhne.ch](mailto:hopitaldejour.prt@rhne.ch)

**Patient** (A remplir ou coller étiquette)

No patient RHNe

Nom : ..... Téléphone privé: .....

Prénom : ..... Téléphone portable : .....

Date de naissance : ..... Téléphone prof : .....

Adresse : ..... Localité: .....

**Diagnostic**

.....

**Prescription du traitement à réaliser (nom du médicament, dose, intervalles, divers) :**

**Nom du médicament:** ..... **Ordre unique**

**Dosage** ..... **périodique du ..... au .....**

**Voie d'administration** .....

**Comorbidités :**

.....

**Traitements actuels (+ dose) :**

.....

Allergie OUI ..... NON ..... Mesures additionnelles de prévention de l'infection : .....

Bilan sanguin :	Hb	Hémo2	TP	TPT	NA/K	Créat.	Gly.	ASAT	ALAT	ALKP	GGT	CRP	VS

A faire le : ..... avant le traitement A répéter : intervalle : ..... Autre labo : .....

**Patient sous traitement immunosuppresseur :** Accord assurance : .....

Dépistage hépatite B - C et HIV ..... Dépistage TBC ..... Prophylaxie : .....

Radiographie du thorax normale non faite autre : .....

**Patient sous traitement Ferinject**

Echec du TTT per OS Ferritine < 50 Syndrome inflammatoire : OUI NON

**Patient sous traitement biphosphonates** Accord assurance : .....

Problème dentaire OUI NON

Contact avec un médecin du RHNe OUI ..... NON

**Merci de joindre une copie du résultat des derniers bilans biologiques**

- ✓ Pour des questions de sécurité et afin d'établir un dossier médical, le patient sera brièvement vu par un médecin du RHNe en cas de nécessité avant la mise en route de son traitement.
- ✓ En l'absence de résultat, tout examen nécessaire à la sécurité du traitement sera effectué (une copie vous sera alors envoyé) ou reporté.

Date : ..... Nom / Timbre (caractère imprimérie) ..... signature

Téléphone : .....  
.....